

UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL SUR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“EVALUACION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ORIENTADA A LA GESTION DEL RIESGO ENTRE LOS PROFESIONALES MÉDICOS ASISTENTES EN EL HOSPITAL I MARINO MOLINA SCIPPA- ESSALUD”.

**Tesis para optar el grado académico de:
MAESTRO EN ALTA GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD**

**Presentado por:
Lucía Mercedes Romaní Palacios
Carmen Luz Paz Catacora**

**Asesor:
Mg. Eddy Segura Paucar**

Lima-Perú

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 02 de octubre de 2019

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Mg. Daniel Angel Angulo Poblete
Integrante: PHD. Leda Yamilee Hurtado Roca
Integrante: Mg. Fulton Paul Rivera Albinagorta

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente orientado a la gestión del riesgo entre los profesionales médicos asistentes en el Hospital I Mariano Molina Scippa EsSalud.

Presentada por los estudiantes:

- Lucia Mercedes Romani Palacios
- Carmen Luz Paz Catacora

Para optar el Grado Académico de Maestro en Alta Gerencia de Servicios de Salud

Asesoradas por:

- Mg. Eddy Roberto Segura Paucar

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño de los estudiantes en la sustentación, concluyen de manera unánime (✓) por mayoría simple () calificar a:

Integrante 1: Lucia Mercedes Romani Palacios			Nota (escrito): Diecisiete
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (✓)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()

Integrante 2: Carmen Luz Paz Catacora			Nota (escrito): Diecisiete
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (✓)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Presidente del Jurado



Miembro del Jurado



Miembro del Jurado



Asesor

Tel: 50806400
occon2
www.cientifica.edu.pe

Campus
Panamericana Sur
Km 13 - Lima 42

Dedicatoria:

“Este trabajo está dedicado a nuestros pacientes, puesto que, para nosotras como médicos y gestoras de la salud, representan la inspiración y motivación diaria; y a nuestras queridas familias que siempre nos respaldan y alientan en el cumplimiento de esta hermosa misión”.

Agradecimientos:

“Queremos agradecer a Dios que es el hacedor y gran maestro de la vida, por quien todo lo demás es posible; a los profesionales médicos del Hospital I Marino Molina Scippa-EsSalud que participaron de este proyecto y a la Universidad Científica del Sur que bajo su tutoría se concretó este trabajo y nos alientan a seguir profundizando en el campo de la investigación”.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales médicos asistentes del Hospital I Marino Molina Scippa-EsSalud (HIMMS) desde el enfoque de gestión de riesgos, analizando las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente (CSP) en los diferentes servicios hospitalarios. Esto permitirá generar recomendaciones para mejorar la calidad de atención del paciente y mejorar la gestión del hospital.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal, mediante la aplicación de la “Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)” traducida al español, a 128 médicos que laboran en el hospital, en el año 2019. Utilizamos estadística descriptiva para examinar las dimensiones, y los análisis fueron estratificados por especialidad médica.

Resultados: En total 128 médicos participaron en el estudio. El grado de seguridad del paciente fue considerado aceptable en el 64,1% y muy bueno en el 20,3%. Las dimensiones que muestran los más altos porcentajes de respuestas positivas son: Trabajo en equipo en su área/servicio 62,0%. Expectativas y acciones de la dirección 59,1%, y Aprendizaje organizacional y mejora continua 51,0%; y, en el último lugar se encuentra Dotación de personal 17,0%. La tendencia fue semejante en los resultados diferenciados por especialidades. Sólo un ítem fue considerado como fortaleza: “En esta unidad, el personal se trata con respeto” 85,7%. El 74,2 % de los participantes no realizó ningún reporte de incidentes en el último año.

Conclusiones: Entre los médicos asistentes del HIMMS, se evidencia una CSP en desarrollo, caracterizada por trabajo en equipo y respeto entre el personal, además expectativas positivas hacia la dirección y gerencia, en cuanto a acciones que pueden mejorar la seguridad del paciente. Sin embargo, existen dimensiones que están en proceso de mejora por la que se requiere una mayor capacitación y coordinación, así como la implementación de la gestión de riesgos.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Cultura de Seguridad, Gestión de Riesgo, HSOPSC, AHRQ.

SUMMARY

Objective: To evaluate the patient safety culture among the attending medical professionals of the Marino Molina Scippa-EsSalud Hospital (HIMMS) from the risk management approach, analyzing the dimensions of the patient safety culture (CSP) in the different services hospital. This will allow to generate recommendations to improve the quality of patient care and improve hospital management.

Materials and Methods: A cross-sectional observational study was conducted, through the application of the “Hospital Survey on Patient Safety Culture of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)”, translated into Spanish to 128 doctors working in the hospital in the 2019. We use descriptive statistics to examine the dimensions, and the analyzes were stratified by medical specialty.

Results: A total of 128 doctors participated in the study. The degree of patient safety was considered acceptable in 64.06% and very good in 20.31%. The dimensions that show the highest percentages of positive responses are: Teamwork in your area / service 62.0%. Management expectations and actions 59.1% and Organizational learning and continuous improvement 51.0%; and, in the last place is staffing 17.0%. The trend was similar in results differentiated by specialties. Only one item was considered as strength: "In this unit, the staff is treated with respect" 85.7%. The 74.2% of the participants did not report any incidents in the last year.

Conclusions: Among the doctors attending the HIMMS, there is a culture of patient safety, characterized by teamwork and respect among the staff, as well as positive expectations towards the direction and management, regarding actions that can improve patient safety. However, there are dimensions that are in the process of improvement whereby more training and coordination is required, as well as the implementation of risk management.

Keywords: Patient Safety, Safety Culture, Risk Management, HSOPSC, AHRQ.

INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente (SP) es un principio fundamental de la atención de salud^{1,2,3}. A nivel mundial se ha invertido muchos recursos y esfuerzos en mejorarla, sobre todo a nivel hospitalario^{4,5}. Pese a ello, numerosos estudios realizados en hospitales de Estados Unidos y Europa a comienzos del siglo actual, concluyeron que: considerables daños al paciente y eventos adversos (EAs) se producen durante el proceso de atención^{3,4,5,6,7}. Por este motivo la Seguridad del Paciente (SP) ha generado gran interés y es objeto de investigación⁸.

La OMS define la SP, como “la disminución del riesgo de sufrir daños relacionados con la atención salud hasta un menor grado tolerable, con referencia a los elementos estructurales, procesos y metodologías refrendadas con evidencias científicas, frente al riesgo de no administrar tratamiento o de administrar otro”^{9,10}.

En el Perú, las instituciones Públicas de salud que tienen recursos limitados, equipos médicos con poca renovación e infraestructura hospitalaria con más de 20 años de antigüedad; consideramos que la SP depende de manera importante del “Conjunto de valores y normas comunes de la organización, de la forma de pensar compartido que ubica a la SP como objetivo principal, de modo que los individuos y la organización están comprometidos con las acciones de seguridad”⁹ es decir, de la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP).

El Seguro Social de salud, actualmente EsSalud, fue creado para proteger al obrero y empleado público de los riesgos de enfermarse, la maternidad, la invalidez, la vejez y la muerte¹¹. A través de su historia ha utilizado numerosas herramientas para la seguridad de la atención como estudios de morbi-mortalidad, vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias, mejora continua de la Calidad y la Auditoria Medica que fue implantada por primera vez en el Perú el año 1991¹². Siguiendo las pautas de OMS y del Ministerio de Salud (MINSa), EsSalud regula, promueve y controla las actividades de SP; en diciembre del 2018 actualizó el “Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – EsSalud”¹³, e incorporó la Gestión de Riesgos (GR)^{14,15,16} a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención para ser aplicada en todas las Redes Asistenciales a nivel nacional^{13,16}. Pero en la práctica se observa falta de

difusión y diferencias en el cumplimiento de las normas en los diversos niveles de atención, situación que puede llevar a que se presenten riesgos, según la teoría de Reason¹⁷.

El objetivo de este estudio es evaluar la CSP entre los médicos asistentes del HIMMS – EsSalud (un hospital de categoría II-1) y conocer su actitud, grado de compromiso y participación en las acciones de SP. En base a los resultados se formularán recomendaciones para el desarrollo de la CSP en el hospital y servirá como base para futuras investigaciones en el campo de la gestión y gerencia en salud.

I. MATERIALES Y METODOS:

1. Contexto y diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal en el año 2019, en el Hospital I Marino Molina Scippa – EsSalud de la Red Asistencial Sabogal, ubicado en el distrito de Comas, Lima-Perú, mediante la aplicación de una encuesta entre los médicos asistentes del hospital.

2. Población de estudio y muestra enrolada

Se consideró como población objetivo a los 156 médicos del listado de personal (Nombrados, contratados a plazo indeterminado y a plazo fijo) para participar en la investigación, 28 médicos fueron excluidos por diversas causas (Anexo N°1). Finalmente, 128 médicos participaron del estudio.

3. Variables e instrumento de recolección de datos

Usamos la versión traducida al español del **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)** de la **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)**. Adaptada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en colaboración con la Universidad de Murcia- España en el año 2005, la encuesta esta validada y es ampliamente utilizada en muchos países latinoamericanos¹⁸, para la comprobación de la fiabilidad de cada una de las dimensiones calcularon el alfa de Cronbach siendo en todos los casos de aceptable a excelente (Anexo N°2).

Las encuestas fueron directamente entregadas a cada médico previa explicación del estudio, estando reunidos en sus servicios o individualmente, siendo devueltas inmediatamente o días después. La encuesta contiene 42 preguntas relacionadas con la CSP, algunas planteadas en sentido positivo y otras en negativo. También contiene una Calificación del Grado de SP en su área/servicio, el número de incidentes reportados en el último año, el tiempo trabajando en el hospital y si tiene interacción directa o no con los pacientes. Las respuestas están planteadas según una escala de Likert de 5 puntos. Adicionalmente se incluyeron datos de edad, sexo, laborales y de especialidad médica.

4. Manejo de datos y análisis estadístico

Se construyó una base de datos en MS Excel con las respuestas y se realizó el análisis descriptivo con el programa IBM SPSS Versión 25 para Windows. Para el análisis de los resultados las 42 preguntas se agruparon en 12 Dimensiones (Anexo N°3), y las respuestas fueron recodificadas en tres categorías: negativas, neutras y positivas. Para el análisis por dimensiones se invierte el puntaje de la escala de las preguntas que están enunciadas negativamente a positiva, usando la metodología indicada por la AHRQ en la versión española¹⁸.

El resultado de cada Dimensión se calcula usando la fórmula:

$$\frac{\sum \text{Respuestas positivas de las preguntas de una dimensión}}{\text{Número total de respuestas de una dimensión.}}$$

Para estimar como una Fortaleza cada ítem o dimensión deben cumplir algunos de los siguientes criterios:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas enunciadas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas enunciadas en negativo.

Y para considerarla como una oportunidad de mejora debe cumplir alguno de los criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de las respuestas negativas a preguntas enunciadas en positivo.
- $\geq 50\%$ de las respuestas positivas a preguntas enunciadas en negativo.

5. Aspectos éticos y regulatorios

Se contó con la aprobación de los comités de ética en Investigación del Hospital Nacional Sabogal-EsSalud y de la Universidad Científica del Sur. La encuesta fue anónima (codificada), previa aceptación de los participantes quienes firmaron un consentimiento informado que se entregó en formato separado.

II. RESULTADOS:

1. *Características de los médicos participantes*

De los 156 médicos considerados inicialmente para el estudio, participaron completando la encuesta 128 médicos (100%). 67,2% varones y 32,8% mujeres; 55,4% en el rango de edades de 45 a 54 años; 57,0% contratados a Plazo Indeterminado; 26,6% de la especialidad de Medicina; 28,1% tienen de 16 a 20 años trabajando en el hospital y 21,9% menos de 1 año. Del total de médicos encuestados 98,4% tiene contacto directo con el paciente (Tabla N°1).

2. *Sobre el grado de seguridad en su servicio*

En cuanto a la calificación general del Grado de SP en su área/servicio 64,1 % lo considera Aceptable, 20,3% como Muy Bueno y 15,6 % como Pobre. En la calificación por especialidad, el más alto porcentaje lo tiene Anestesiología quién lo considera: Muy Bueno + Excelente en el 44,4% (Tabla N°2).

3. *Resultados globales por dimensión:*

Las dimensiones con porcentajes más altos son Trabajo en equipo en su servicio 62,0%, Expectativas y acciones de la dirección 59,1%, Aprendizaje organizacional y mejora continua 51,0% y el porcentaje más bajo es Dotación de personal con 17,0% (Tabla N°2 y Figura N°1).

4. *Análisis de dimensiones por especialidad médica*

Pediatría tiene los más altos porcentajes de respuestas positivas en Expectativa y acciones de la dirección 78,3%, Trabajo en equipo en su servicio 70,2% y Aprendizaje organizacional y mejora continua 61,0%. Medicina presentó los más bajos porcentajes en la mayoría de las dimensiones. Cabe destacar que Anestesiología presentó el segundo porcentaje más alto en Trabajo en equipo en su servicio con 68,6%. Traumatología presentó el más bajo porcentaje en Dotación de personal 4,3%. En cuanto a la Percepción de seguridad, Anestesiología presenta el más alto porcentaje 51,4%, pero presentó el más bajo porcentaje en Franqueza en la comunicación 29,6% (Tabla N°2).

5. Análisis de ítems: Fortalezas y oportunidades de mejora

Sólo un ítem fue considerado Fortaleza, “En esta unidad, el personal se trata con respeto” con un resultado positivo de 85,7% y se hallaron muchas oportunidades de mejora: como por ejemplo en los ítems: “Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema” 50,4%, “Frecuentemente, trabajamos en tipo crisis intentando hacer mucho, en poco tiempo” 69,9%, “En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer” 54,7% de respuestas Positivas y en los ítems: “Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo” 75,8% y “Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital” 55,9% de respuestas Negativas.

6. Reporte de incidentes

De los participantes en el estudio 74,2% no realizó ningún reporte de incidentes en el último año. Fueron los médicos Contratados a plazo indeterminado de la especialidad de Medicina los que realizaron el mayor número de reportes. Del total, 18,0% realizaron de 1 a 2 reportes, 6,2% de 3 a 5 reportes (Tabla N°2 y Figura N°2).

III. DISCUSIÓN:

Construir una CSP, sólida y madura, requiere tiempo, compromiso y participación de todo el personal de salud; pero también se precisa determinar en qué etapa de desarrollo de la CSP se encuentran en el hospital, de ahí la importancia de realizar este estudio inicial.

Tradicionalmente el personal de enfermería ha sido más relacionado con la SP, por este motivo dirigimos nuestra investigación hacia los médicos, ya que hay pocas investigaciones que los evalúan específicamente y porque consideramos importante su participación, teniendo en cuenta que desde sus inicios son formados en los principios fundamentales de seguridad y además son los responsables finales de la atención. Debemos destacar la mayoritaria participación de los médicos que se dieron tiempo para contribuir con esta investigación.

EsSalud, se plantea como uno de sus objetivos estratégicos más importantes reducir la incidencia de EAs a partir de la notificación de Eventos Centinela¹⁶. Para este fin el HIMMS implementa el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente¹³. En este sentido las encuestas son una importante herramienta de gestión que permiten el monitoreo y seguimiento de los planes de Seguridad.

Para validar la encuesta aplicamos el Alfa de Cronbach, hallando un valor global de 0,85 (excelente), pero en su valoración por dimensiones algunas resultaron $< 0,60$. Encuestas realizadas en Turquía¹⁹ y en México²⁰ presentan resultados semejantes, por lo que consideramos que la encuesta debe ser revisada y replanteada en las dimensiones señaladas para próximas evaluaciones (Anexo N°3).

Calificar la SP en un área o servicio puede ser muy subjetivo. Llama la atención que la mayoría de los médicos encuestados en nuestro hospital lo calificó como Aceptable en el 64,1% y Muy bueno en el 20,3%, respuestas que podemos interpretar como una salida no comprometedor a la interrogante, pero amerita analizar las verdaderas causas que las motivaron. La Encuesta Helthcare Advancement Conference 2016 de la CSP en Lima y Callao²¹ realizada con el apoyo de Colegio Médico del Perú, que representó un primer esfuerzo para medir la CSP en establecimientos públicos y privados de Lima, evaluó 1600 encuestas y calificó el grado de seguridad como Excelente o muy Bueno en el 13 % de los hospitales de EsSalud participantes; cabe destacar las diferencias con nuestro estudio ya que incluyeron Médicos, enfermeras y técnicos de enfermería.

La mayoría de los estudios revisados^{22,23,24,25,26,27}, así como nuestra encuesta, ubican en los primeros lugares a las dimensiones: Trabajo en equipo en su área/servicio; Expectativas y acciones de la dirección; y, Aprendizaje organizacional y mejora continua (Tabla N°2). Semejante resultado muestra una publicación de la AHRQ²⁶ de marzo del 2018 donde todas las dimensiones tienen porcentajes más altos, lo que nos sugiere una CSP más desarrollada. Por otra parte, la deficiente Dotación de personal es constante en la mayoría de los estudios y lo reporta como una Debilidad un estudio del Sistema de Salud Español del año 2009²⁸.

Llama la atención positivamente que el ítem “En esta unidad, el personal se trata con respeto” sea una fortaleza, siendo este valor fundamental para el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y la coordinación, por lo que la dirección debe reconocerlo y premiarlo a través de un liderazgo participativo.

Algunos autores consideran que “la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente debería centrarse en evaluar unidades asistenciales más que instituciones”²⁹, por lo que decidimos analizar las dimensiones por especialidad. Así encontramos que las Expectativas y acciones de la dirección son una Fortaleza en Pediatría, seguido de Trabajo en equipo y Apoyo de la Gerencia que si bien no llegan a considerarse fortalezas tienen los más altos porcentajes en estas dimensiones comparado con las otras especialidades; Anestesiología tiene el porcentaje más alto en Percepción de Seguridad sin llegar a ser una Fortaleza, seguidos de las especialidades de Pediatría y Cirugía. Medicina y Anestesiología reportan los porcentajes más bajos en Franqueza en la comunicación, resultados controversiales ya que a la vez anestesiología tiene el porcentaje más alto en Percepción de Seguridad. Es importante identificar las barreras en la comunicación, así como promover el acercamiento de los Directivos hacia el personal asistencial, lo que puede ser el primer paso para aumentar la confianza y lograr una comunicación efectiva. Como habíamos observado la Dotación de personal es una dimensión crítica, sobre todo en las especialidades de Traumatología, Anestesiología y Ginecología y siendo la población adscrita al hospital mayoritariamente joven en riesgos de accidentes comunes y laborales, mujeres en edad fértil y niños, quienes demandan permanentemente atención, esta situación condiciona sobrecarga de trabajo y estrés laboral entre los médicos, lo que puede llevar al aumento de los EAs. Es necesario replantear las políticas de incorporación de recursos humanos acorde a las demandas y/o su redistribución en áreas críticas.

Estos resultados que pueden reflejan el momento actual de la gestión en el que por un lado se avizora cambios y mejoras, es decir, se percibe el apoyo de la dirección y gerencia, por otro lado, se evidencia que aún hay mucho trabajo por realizar para mejorar la SP. Del análisis de cada servicio surgirán las estrategias específicas para afrontar los riesgos, como por ejemplo la mayor dotación de personal, de equipos médicos, mejorar las barreras de seguridad y/o la aplicación de Prácticas Seguras.

Los resultados muestran también una deficiente “Cultura del Reporte”, práctica muy poco realizada por los profesionales en general en las investigaciones revisadas. Un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad y Política social de España del 2009²⁵ muestra un alto porcentaje de no reporte resultado muy parecido a nuestro estudio. Otros estudios muestran porcentajes más bajos, como el estudio de la CONAMED de México del 2009 y un estudio iraní del 2010²⁰. Las causas indicadas se asocian a sobrecarga de trabajo, desconocimiento del sistema de notificación e incluso temor a las sanciones. Como parte fundamental para lograr el desarrollo de la CSP en nuestro hospital es necesario incentivar la notificación de incidentes y Eventos Centinela, para este propósito es necesario iniciar con la difusión de las Normas vigentes, que si bien están publicadas en el portal de EsSalud, deben ser analizadas en el interior del hospital con todo el personal; implementar en cada servicio el sistema de notificación electrónico, y posteriormente promover reuniones donde se discutan y analicen las causas de los incidentes. Para este fin existen herramientas como: Reuniones informativas, Análisis Causa-Raíz, Protocolo de Londres, Gestión de Riesgos ^{14,15}, contemplados en las normas recomendadas por EsSalud.

Fortalezas y limitaciones

Este estudio de CSP es el primero realizado en el HIMMS y nos ha permitido usar una importante herramienta de la Gestión y la Acreditación de hospitales: la Encuesta Hospitalaria de la CSP. Los resultados pueden ser de utilidad³⁰ para las jefaturas de servicios y la dirección para poner en acción propuestas operativas para mejorar los procesos hospitalarios de SP. Las limitaciones que presentó es que sólo se aplicó al personal médico del hospital y que no se incluyó al final de la encuesta un espacio abierto para opiniones y sugerencias que nos proporcionarían más información del estado de la CSP, así como posibles soluciones. Existen pocos artículos de investigación nacional sobre el tema para establecer comparaciones.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados muestran de manera general que existe una CSP en desarrollo, que se caracteriza por una actitud positiva del personal médico basada en el respeto entre el personal, el trabajo en equipo y la confianza hacia la organización. Aunque existen dimensiones que son susceptibles de mejora como la dotación de personal y la comunicación. La dirección debe evaluar y gestionar los recursos humanos necesarios, mejorar la capacitación, los canales de comunicación, así como mejorar la implementación de la Gestión de Riesgos logrando así: confianza, acuerdo y eficiencia en la SP.

Se sugiere que esta Encuesta Hospitalaria de CSP debe ser realizada anualmente y aplicada a todo el personal asistencial.

Conflicto de Interés: Ninguno

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. Rev. Med. Clin. Condes-2017 ;28(5) 785-795. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864017301268?token=>
2. Arrizabalaga P. Primum non nocere. Una reflexión sobre la aplicación del juramento hipocrático en la organización de las empresas sanitarias. Med Clin (Barc). 2007;128(5):181-3.
Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e9c6/9457ec2714e400c1120c7e6b1bad1cf2fc33.pdf>
3. Aranaz-Andrés JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin (Barc). 2010;135(Supl 1):1-2
4. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Renón C, Vitaller-Burillo J. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid. Ministerio de Sanidad y consumo; 2006.
5. Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo. Calidad de la atención: seguridad del paciente. EB109/9 109ª reunión. 2001. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
6. Kohn L, Carrigan J, Donaldson M. To err is human. Building a safer health system. 1st ed. Washington: National Academy Press; 2000.
7. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322: 517-9.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11230064>
8. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O et al. Estudio IBEAS, Prevalencia de eventos adversos en hospitales de América Latina. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.
9. OMS. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. Disponible en: http://www.Who.int/patientsafety/implementation/icps/ipcs_full_report.es.pdf

10. Gluck P. Seguridad del Paciente. Cierto Avance y Numerosos Retos. *Obstet Gynecol.* 2012;120:1149-59.
11. Angeles K. Panorama de la Seguridad Social en el Perú. Facultad de Derecho de la PUCP. *Revista Derecho & Sociedad.* 2002.
12. Piscoya J. Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú* 2000; 61(3):227-240.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37961308>
13. EsSalud. Compendio Normativo 2018. Directiva N°001-PE-ESSALUD-2011 “Organización del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud en el Seguro Social de Salud- essalud”. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/>
14. Aranaz-Andrés JM. Experiencias Nacionales e Internacionales en la Gestión de riesgo: pasado, presente y futuro. De las Complicaciones y Efectos Adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. *Escuela Valenciana de Estudios de Salud;* 2004. Pág. 63-73. Disponible en: <http://proyectoidea.com/publicaciones/DelasComplicacionesyEfectosAdversosal aGestiondeRiesgosedelaAsistencia.pdf>
15. Ruiz OJ. La Gestión de Riesgos Sanitarios en los hospitales. De las complicaciones y eventos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. *Escuela Valenciana de Estudios de la Salud;* 2004. Pág107-118. Disponible en: <http://proyectoidea.com/publicaciones/DelasComplicacionesyEfectosAdversosal aGestiondeRiesgosedelaAsistencia.pdf>
16. EsSalud. Directiva N°07-GG-ESSALUD 2012. Lineamientos para la implementación de las comisiones de eventos Centinela en los centros asistenciales del seguro social de salud EsSalud.
Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/>
17. Reason J. Human Error: Models and management. *BMJ.* 2000 Mar18; 320:768-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
18. Gascón J, Saturno P y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en:

- http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/Análisis_cultura_SP_ambito_Pdf.
19. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey aid BMC Health Serv Res. 2010; 10: 28. Published online 2010 Jan 28. doi: 10.1186/1472-6963-10-28
 20. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Cintia Rojano-Fernández, Francisco Hernández-Torres, et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Cir Cir 2010; 78:527-532. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>.
 21. Arrieta-Herrera A, Suárez-Chumacero G, Perez Zárate C, Cárdenas Gamarra G, Figueroa-Apéstegui A, Cuentas-Jara M, et al. Encuesta Healthcare Advancement Conference 2016 de Cultura de Seguridad del Paciente en Lima y Callao. Acta Med Perú. 2016;33(4):344-5.
 22. Gama ZAS, De Sousa A, Saturno P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2013; 29(2):283-293.
 23. Moghri J, Nathegi E, Arab M, Moghri M, Akbari A, Omranikhoo H, et al. Measurement of patient Safety Culture in Iranian hospitals: A national Baseline Study. J Clin Res Gov 2 (2013) 47-52.
 24. Chattrakul J, Tadadej C, Tipayamongkhogul M, Na S. A comparative study of patient safety culture: case study between general hospital in government and private. Proceedings of the 2nd ASEAN Plus Three Graduate Research Congress, Bangkok. 2014; 890-897
 25. Saturno P, Terol E. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Análisis_cultura_sp-ambito_hospitalario.pdf.
 26. Famolaro T, Dyer N, Hare R, Thornton S, Meadows K, Fan L. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 Database Report, Appendixes, Parts II and III (Appendixes for AHRQ Publication No.18-0025-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2018.

27. Pérez J, Jaramillo C, Olvera L, Burgos L, Pastrana A, González M, et al. Percepción de la Cultura de Seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Rev. CONAMED. 2014;19(2):52-58.
28. Roqueta F, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Emergencias 2011; 23: 356-364.
29. Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD. La cultura de la Seguridad del Paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med 2017; 31(2): 180-191.
30. Torres P. Cultura de seguridad de del paciente en hospitales de los servicios de salud del estado de Colima, 2018.Boletín CONAMED-OPS. Vol 3 Número 18, 2018; Pag 11-14.

VI. TABLAS Y FIGURAS

Tabla N°1. Datos generales y características sociolaborales de los participantes de la Encuesta Hospitalaria de CSP, HIMMS – 2019 (n=128 Médicos)

RANGO DE EDADES	n	%
25 a 34 años	21	16,4
35 a 44 años	34	26,5
45 a 54 años	43	33,6
55 a 64 años	23	18,0
65 a + años	7	5,5
SEXO		
Masculino	86	67,2
Femenino	42	32,8
ESPECIALIDAD		
Medicina	34	26,6
Ginecología	22	17,2
Pediatría	21	16,4
Cirugía	18	14,1
Anestesiología	9	7,0
Traumatología	6	4,7
Otros *	18	14,1
REGIMEN LABORAL		
Contratados a Plazo Indeterminado	73	57,0
Contratados a Plazo fijo	50	39,1
Nombrados	5	3,9
TIEMPO TRABAJANDO EN EL HOSPITAL		
Menos de 1 año	28	21,9
1 a 5 años	26	20,3
6 a 10 años	21	16,4
11 a 15 años	10	7,8
16 a 20 años	36	28,1
21 años a +	7	5,5
N° REPORTES EN EL ÚLTIMO AÑO		
Ninguno	95	74,2
1-2 Reportes	23	18,0
3-5 Reportes	8	6,2
6-10 Reportes	1	0,8
11-20 Reportes	1	0,8
CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE		
SI	126	98,4
NO	2	1,6
TOTAL	128	100,0

Otros *: Medicina Física, Gastroenterología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cardiología, Radiología, Medicina Complementaria, Patología Clínica, Geriatria

Tabla N°2. Porcentaje de respuestas positivas en cada Dimensión de la Cultura de Seguridad del Paciente por especialidades según la encuesta hospitalaria de CSP en el HIMMS - 2019.

Especialidad	Medicina (n=34)	Ginecología (n=22)	Pediatría (n=21)	Cirugía (n=18)	Anestesiología (n=9)	Traumatología (n=6)	Otros * (n=18)	Total (n=128)
Dimensión								
1.Trabajo en Equipo en su área/servicio	49,3	65,0	70,2	68,0	68,6	58,3	65,2	62,0
2.Expectativas y acciones de la Dirección	43,7	56,8	78,3	68,0	63,9	70,8	53,5	59,1
3.Aprendizaje Organizacional	38,5	53,0	61,0	55,5	56,0	23,5	65,4	51,0
4.Apoyo de la Gerencia	38,6	30,3	57,1	37,0	40,7	22,2	42,6	40,0
5.Percepción de Seguridad.	30,9	44,3	47,5	45,8	51,4	37,5	48,5	40,0
6.Franqueza en la comunicación	33,3	51,5	55,6	55,6	29,6	50,0	45,3	45,4
7.Feedback y comunicación	32,4	46,2	38,7	45,3	46,2	33,3	43,4	40,4
8.Frecuencia de eventos notificados	32,7	22,7	41,3	34,0	33,3	22,2	37,0	30,0
9.Trabajo en equipo entre áreas/servicios	40,7	42,1	50,0	51,38	30,6	29,2	28,6	41,0
10.Dotación de personal	16,5	15,9	18,0	18,0	13,3	4,3	23,5	17,0
11.Problemas en los cambios de turno	27,8	48,9	50,0	33,3	17,6	33,3	23,5	35,0
12.Respuesta no punitiva a los errores	27,0	20,0	21,0	24,5	30,8	27,8	17,6	23,0
CALIFICACION DEL GRADO DE SEGURIDAD EN SU SERVICIO **	17,6	9,0	28,6	22,2	44,4	00,0	22,2	20,3

Otros *: Medicina Física, Gastroenterología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cardiología, Radiología, Medicina Complementaria, Patología Clínica, Geriatria etc.

**** Muy Bueno+ Excelente.**

FIGURA N° 1. Dimensiones de la Cultura de Seguridad del paciente según la encuesta hospitalaria de CSP en el HIMMS-2019

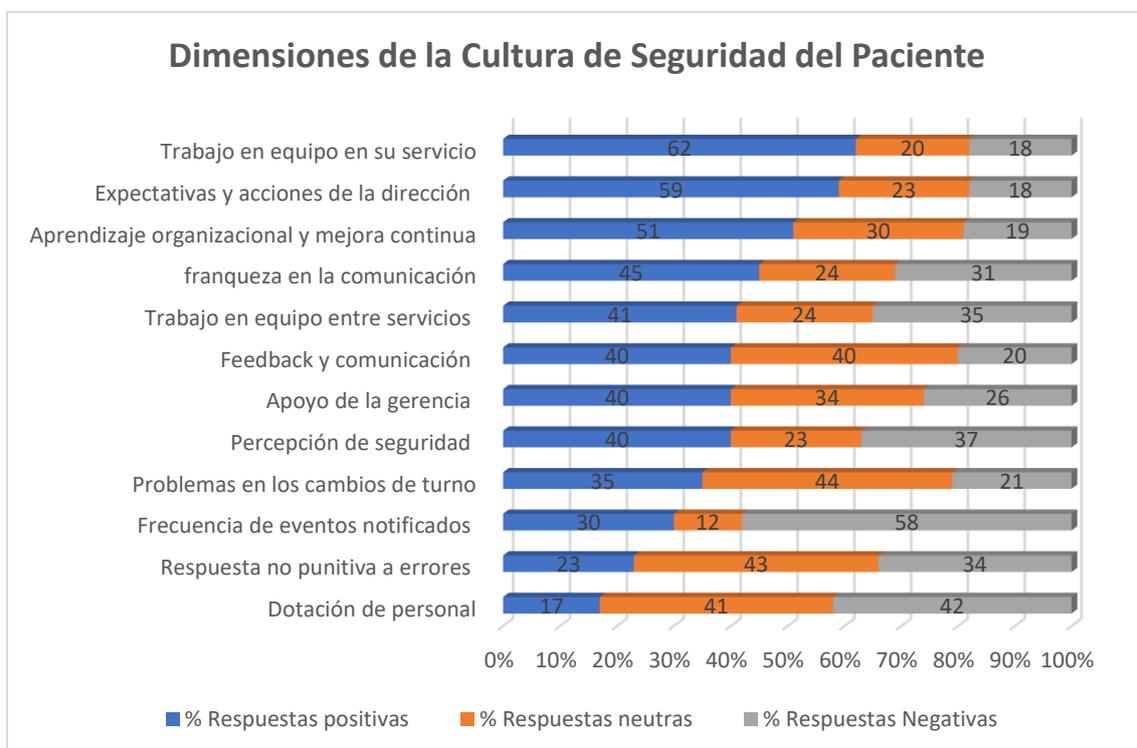
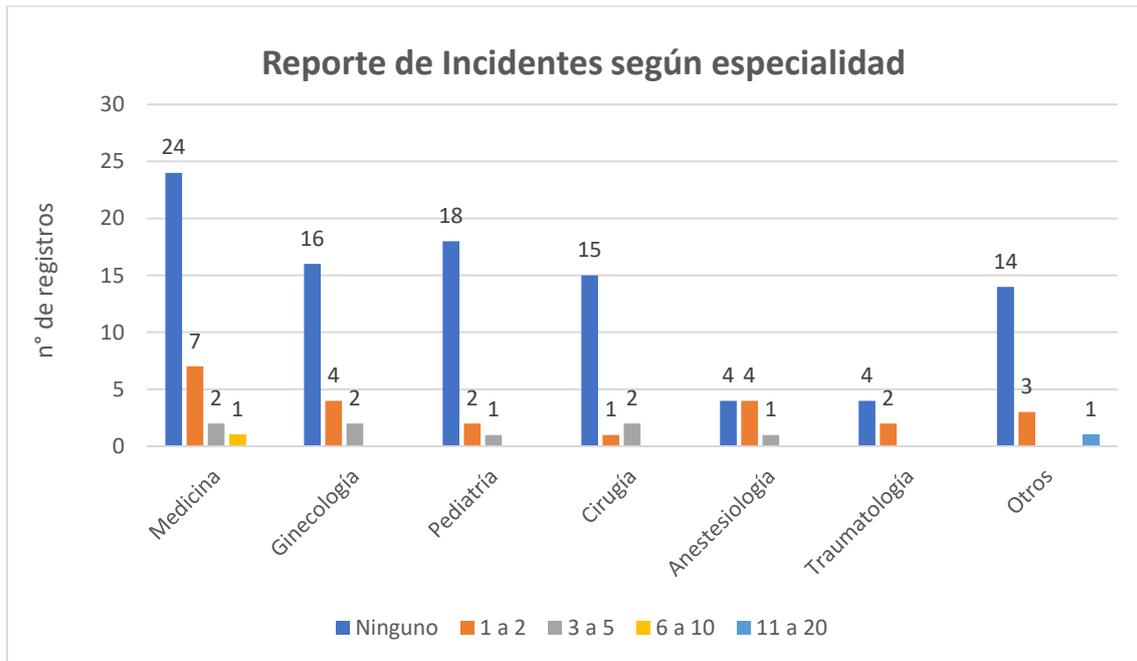
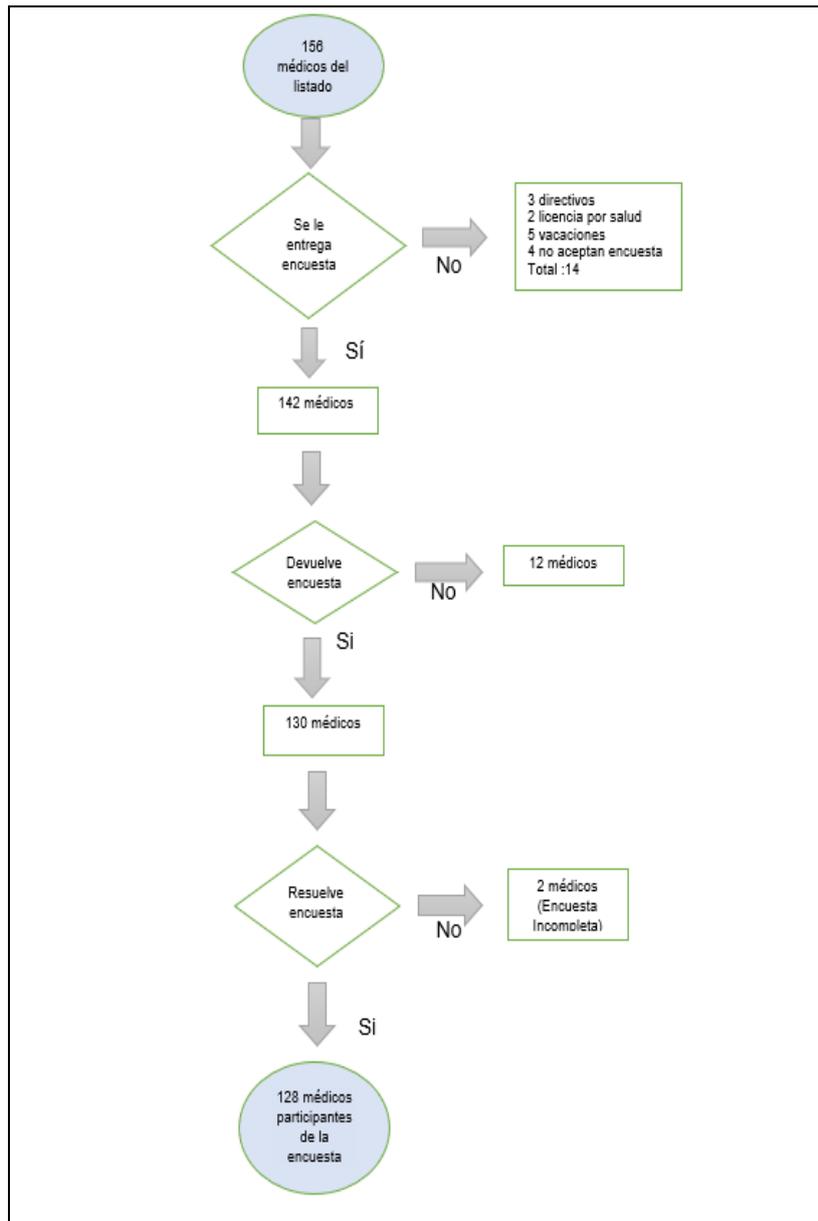


Figura N°2. Frecuencia de Reporte de Incidentes en el último año por especialidad según la encuesta hospitalaria de CSP en el HIMMS-2019



ANEXOS:

Anexo N°1. Diagrama de Flujo de determinación de la muestra: Médicos asistentes del HIMMS que participaron de la encuesta hospitalaria de CSP -2019.



Anexo N° 2. Consistencia interna:

Fiabilidad de las dimensiones según Alfa de Cronbach comparativo entre HSOPSC (AHRQ) versión española del 2005 y la encuesta hospitalaria de la CSP del HIMMS – 2019.

DIMENSIONES	HSOPSC	HIMMS
	AHRQ	2019
Trabajo en equipo en su unidad/servicio	0,82	0,70
Expectativas y acciones de la Dirección	0,84	0,69
Aprendizaje organizacional/Mejora continua	0,68	0,60
Apoyo de la gerencia en la Seguridad	0,81	0,60
Percepción de Seguridad	0,65	0,40
Franqueza en la comunicación	0,66	0,60
Feed-back y comunicación sobre errores	0,73	0,22
Frecuencia de eventos notificados	0,88	0,83
Trabajo en equipo entre unidades	0,73	0,54
Dotación de personal	0,64	0,11
Problemas en los cambios de turno	0,74	0,74
Respuesta no punitiva a los errores	0,65	0,44
Resultado de Alfa de Cronbach	–	0,85

(*): > 0.6: aceptable; >0,7: buena ;> 0.8: excelente

Anexo N° 3. Las doce Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente según la encuesta hospitalaria de CSP.

1.Trabajo en equipo de la unidad/servicio.	Apoyo, respeto y solidaridad del personal en situación normal y sobredemanda. Cuatro Preguntas:1,3,4,11
2.Expectativas y acciones de la dirección / supervisión / servicios para favorecer la seguridad.	Retroinformación, apertura para la comunicación y grado de interés de la gerencia por la seguridad del paciente. Cuatro Preguntas:19,20,21,22.
3.Aprendizaje organizacional / mejora continua.	Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de las acciones para mejorar la seguridad y su evaluación. Tres Preguntas :6,9,13.
4.Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	Interés de la gerencia para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva. Tres Preguntas: 32,39,40.
5.Percepción de seguridad.	Prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos. Cuatro Preguntas: 10,15, 17,18.
6.Franqueza en la comunicación.	Informe de la gerencia sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos. Tres Preguntas:24,26,28.
7.Feed back y comunicación sobre los errores.	Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que parece no estar bien. Tres Preguntas: 23,25,27
8. Frecuencia de eventos notificados.	Reporte de errores con o sin potencial de dañar al paciente. Tres Preguntas: 29,30, 31.
9.Trabajo en equipo entre unidades/servicios.	Cooperación, coordinación y gusto por trabajar entre áreas/servicios/unidades. Cuatro Preguntas: 33, 35, 37, 41.
10.Dotación de personal.	Disponibilidad y organización del personal. Tres Preguntas: 2,5,7,14.
11.Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades.	Pérdidas de información y problemas durante los cambios y transiciones. Cuatro Preguntas: 34,36,38,42.
12.Respuesta no punitiva a los errores.	Utilización negativa de la información sobre errores y temor a las represalias. Tres Preguntas: 8,12,16.

Fuente: Pérez -Castro j, Jaramillo C. Revista CONAMED 2014

